

mom - C - 23 - 01 - 0837

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

M/0123/0043

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/01/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Radhe Shyam

AGE-YEARS अनु-वर्ष

SEX लिंग

58

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Tavle

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

village Sanderpur Kumbhar Ghat Kheri Rampur

PASTE PHOTO HERE

Bro of

bro of

Gmail: uttar Pradesh 262802 U

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रदान करें)

PAN No. स्वयं ज्ञात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर देता हैं (जो सत्य हो उसे पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Shekhar Lal	33	M	Son
2	Sukhesh	31	M	Son
3	Ameet Kumar	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWG Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुपचार/प्रातिफल से जुड़ी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - Simple Cataract
	LE - Simple Cataract
2	LE - SPCS with Raman lens Contact

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED को गई सहायता राशि
1	DRC	20000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषण पर:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास इस प्रकार सहायता प्राप्त करता है जो गंभीर दुरुपयोग सिद्ध हो कि सत्य नहीं है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता की पूर्ण है, उस राशि का वापस या भुगतान किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं किया है और नहीं भविष्य में किया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for solidifying donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

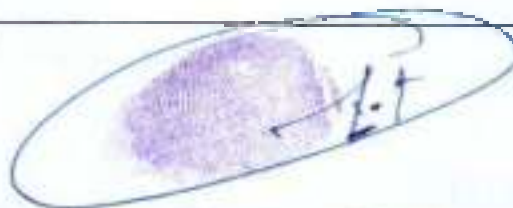
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का दाग लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदनकर्ता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कॉशिका" द्वारा भाषी, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों द्वारा सहायता से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रारूप पर विवरण भरते समय मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए वापस नहीं करूँगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION ;

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)**

By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से गणपत/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को सत्य है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि हम जो सहायता प्राप्त नहीं कर सकते हैं वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने तक। यदि हमारे "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्राप्त करने पर हमारे पास कोई भी अन्य सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमें हर सहायता प्राप्त होने पर सहायता प्राप्त करने वाले रोगी के उपचार/उपचार का चुनाव हमें ही करना है। हमारे पास "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को सहायता प्राप्त करने और उसे सहायता प्राप्त करने की सही विधि/रीति हमें ही होनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए रोकथाम

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/07/23	Dr. MAZHAR WAKHAN M.B.B.S., M.S., FICO U.P. MCH & Regional Hospital हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के लिए न	Anurag Mishra Manager- Operation Authorised Signatory of Hospital हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के लिए न
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 Safar	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 Safar
--	--